

LA VIOLENZA INVISIBILE SULLE DONNE

Il referto psicologico:
linee guida e strumenti clinici

ELVIRA REALE



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

LA VIOLENZA INVISIBILE SULLE DONNE

**Il referto psicologico:
linee guida e strumenti clinici**

ELVIRA REALE

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

A tutte le donne

Indice

Presentazione , di <i>Valeria Valente</i>	pag.	11
Prefazione , di <i>Chiara Marciani</i>	»	13
Introduzione	»	15
Parte I		
Alle radici della violenza contro le donne		
1. Le varie tipologie di violenza e la violenza domestica	»	25
2. La Convenzione di Istanbul e l'ineguaglianza <i>de facto</i>	»	32
2.1. Una panoramica della Convenzione	»	32
2.2. L'ineguaglianza economica alla base della violenza	»	36
3. La risposta sanitaria, i dati, gli effetti sulla salute	»	40
3.1. I dati sulla diffusione della violenza domestica	»	40
3.2. Gli effetti della violenza domestica (del partner intimo, IPV) sulla salute della donna	»	44
3.3. La violenza in gravidanza	»	46
4. Il femminicidio	»	50
4.1. Definizioni e dati internazionali	»	50
4.2. Dati italiani sul femminicidio	»	55

5. Il maltrattamento sui minori: la violenza assistita e oltre	pag.	59
5.1. Il primo <i>overlap</i> tra violenza sulle donne e violenza sui minori	»	59
5.2. Il secondo <i>overlap</i> tra violenza sulle donne e violenza sui minori	»	66
5.3. Il terzo <i>overlap</i> : la violenza separativa e l'aumento dei rischi di violenza	»	69
Riferimenti bibliografici	»	75

Parte II

La violenza psicologica e il controllo coercitivo

1. Focus sulla violenza domestica o del partner (IPV - Intimate Partner Violence)	»	85
2. I dati e le forme della violenza psicologica, le sentenze di cassazione	»	89
2.1. La preponderanza della violenza psicologica del partner intimo (IPV)	»	89
2.2. I dati della ricerca europea	»	91
2.3. La violenza psicologica e le sue varie forme	»	93
2.4. Le sentenze di cassazione in tema di violenza psicologica e il reato di stalking	»	98
3. I precursori del controllo coercitivo: la sindrome di Stoccolma e la Biderman's Chart	»	101
3.1. La sindrome di Stoccolma	»	101
3.2. La Biderman's Chart	»	103
4. Il controllo coercitivo: definizioni, modelli e differenze uomo-donna	»	108
4.1. Definizioni	»	108
4.2. Due modelli a confronto: la violenza fisica e il controllo coercitivo	»	110
4.3. Gli elementi del controllo coercitivo	»	113
4.4. Le differenze uomo-donna nel controllo coercitivo	»	119

5. Le leggi sul controllo coercitivo in Europa e in America	pag. 123
5.1. Il percorso della legge in Inghilterra	» 123
5.2. La legge inglese e la raccolta delle prove	» 124
5.3. La legge in California	» 127
Riferimenti bibliografici	» 129

Parte III

Linee guida e strumenti clinici

1. L'intervento medico nell'ambito delle Linee guida internazionali e nazionali	» 135
1.1. Le procedure condivise a livello internazionale	» 135
1.2. La presentazione delle Linee guida nazionali	» 139
1.3. I livelli o step del percorso (rosa) per le donne che subiscono violenza	» 140
2. La prima assistenza psicologica in Pronto Soccorso	» 152
2.1. Il Pronto Soccorso e la violenza psicologica	» 152
2.2. Le conoscenze di base	» 157
3. Il referto psicologico, le Linee guida, gli strumenti	» 166
3.1. Le fasi dell'intervento psicologico in Pronto Soccorso	» 166
3.2. I 10 passi del percorso di refertazione psicologica	» 169
3.3. I limiti entro cui utilizzare il referto psicologico	» 189
3.4. Il referto a sostegno dell'attendibilità psicologica del racconto della vittima	» 191
3.5. Il modello del referto psicologico	» 196
4. Il backstage: l'intervento psicologico sul trauma	» 199
4.1. La premessa dell'intervento	» 199
4.2. La difesa della donna dai pregiudizi	» 199
4.3. La raccolta dei segni traumatici altro antidoto contro il pregiudizio sulle false denunce	» 204
4.4. Le modalità di conduzione del rapporto con la donna: il colloquio e la ricostruzione del contesto di violenza	» 206
4.5. Le varie fasi dell'intervento di riduzione del trauma	» 211
4.6. Guida pratica alla compilazione del referto	» 219
Riferimenti bibliografici	» 231

Parte IV
I dati e le storie

In collaborazione con: *Rosaria Aitoro, Clelia Amore,*
Giusi Balsamo, Giulia Cacciapuoti, Valentina Caso,
Carla Cuccurese, Giusy Forte, Simona Piemontese

1. I dati emersi dall'attività del Centro di prima accoglienza per le vittime di violenza negli anni 2009-2019	pag. 237
1.1. Dati generali	» 237
1.2. Il profilo della violenza	» 238
1.3. Gli indicatori per il rischio di letalità nella violenza contro le donne	» 240
1.4. Problemi dell'autore	» 241
1.5. I dati socio-anagrafici del campione	» 242
2. Le storie delle donne attraverso i referti	» 247
2.1. Le tipologie delle storie	» 247
2.2. La violenza sessuale	» 249
2.3. Violenza psicologica e sessuale	» 259
2.4. La violenza psicologica	» 263
2.5. Violenza psicologica e fisica	» 281
2.6. Violenza psicologica ed economica	» 294
2.7. Violenza psicologica e stalking	» 298
2.8. Tentativi di femminicidio	» 302
2.9. Stalking post-separativo (due referti a distanza di 3 mesi)	» 314
2.10. Violenza in gravidanza	» 319
2.11. Altre voci di donne	» 322
Riferimenti bibliografici	» 331

Presentazione

di *Valeria Valente**

La violenza contro le donne resta oggi un fenomeno in buona parte sommerso e poco conosciuto; chiedersi perché questo accada è un dovere delle istituzioni come di chiunque sia impegnato su questo tema. Che cosa mantiene lontane tante donne dai percorsi che possono portare alla consapevolezza e poi alla denuncia? Quali ostacoli si trovano davanti le donne lungo la faticosa via di uscita da una situazione di maltrattamenti e violenza?

Partire da queste domande è l'unico modo che abbiamo per invertire una tendenza ancora maggioritaria in Italia, per la quale solo il 10% delle donne denuncia la violenza subito. Non mi sfuggono affatto i passi avanti che in questi anni sono stati fatti a livello internazionale; sono stati tanti e importanti, a partire dalla diffusione di pratiche che tendono a intercettare e portare a emersione la violenza sia nel contesto ospedaliero sia in quello territoriale. L'analisi di questi percorsi è essenziale non solo per un fine scientifico, ma anche perché è il presupposto per la diffusione di una consapevolezza diversa rispetto agli strumenti teorici, organizzativi e pratici per affrontare la violenza di genere a tutto tondo. È sufficiente scorrere l'indice di questo libro, dunque, per cogliere l'importanza di un lavoro che diventerà per molti un riferimento significativo in un quadro del genere. Esso, tra le altre cose, riprende con analisi approfondite il percorso che, estendendo l'esperienza iniziata nel 2008 presso gli ospedali napoletani, ha portato l'Italia a dotarsi di una prassi sanitaria innovativa e lungimirante, la quale, a livello territoriale e quindi in maniera diffusa, ha dimostrato di sapere integrare l'intervento psicologico con quello medico, offrendo così un sostegno alle donne già a livello di Pronto Soccorso.

* Presidente Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni violenza di genere.

Guardare indietro ai dieci anni durante i quali questo tragitto è stato compiuto, prima in ambito regionale, poi con i diversi piani anti-violenza nazionali, consente di apprezzare la centralità, forse alcune volte non del tutto compresa, di una visione di rete che deve ispirare le politiche di contrasto alla violenza.

Oggi il percorso di questi anni deve proseguire a partire dalle Linee guida nazionali previste nel 2015 e adottate a partire da gennaio 2018. Penso che sia necessario rafforzarle, ma soprattutto dare loro piena attuazione su tutto il nostro territorio. Lo si deve fare attivando le risorse indispensabili, ma soprattutto puntando sulla formazione e sulla specializzazione dei diversi attori coinvolti.

Sappiamo che i numeri sulla violenza di genere sono di difficile lettura. Di sicuro, però, quello che non diminuisce in Italia è l'efferatezza degli episodi di violenza, la loro gravità, che invece cresce; così come aumentano le modalità con cui la violenza si esercita, dal cyberbullismo al *revenge porn*.

Davanti a queste sfide dobbiamo sapere che il lavoro da fare resta ancora tanto. E, soprattutto, che non basta la repressione per fronteggiare un fenomeno che ha radici culturali profonde e si basa su stereotipi e pregiudizi diffusi. Serve invece una visione comune alle istituzioni e all'associazionismo, fondata su principi chiari: un approccio che riconosca la natura strutturale della violenza contro le donne e la concezione proprietaria del corpo femminile come causa e conseguenza della disparità di potere e delle disuguaglianze sociali tra donne e uomini; una lettura trasversale della violenza, che misuri le risposte in base alle diverse condizioni sociali, culturali ed economiche delle donne che si rivolgono ai servizi. Questi sono i principi con cui si combatte la battaglia più difficile, quella sulla cultura, quella contro la matrice patriarcale e maschilista che genera la violenza contro le donne.

Prefazione

di *Chiara Marciani**

Nel nostro Paese molto è stato fatto per il contrasto alla violenza maschile contro le donne, tuttavia la violenza non smette di essere emergenza pubblica. Ogni donna deve sentire per questo le istituzioni vicine. È stata questa la strada maestra che come Regione Campania, in questi cinque anni, abbiamo scelto di perseguire rafforzando gli interventi e migliorando la strategia a supporto delle donne vittime di violenza, consapevoli dell'importanza di continuare ad adoperarci nella prevenzione, nel sostegno delle vittime e dei loro figli, nel reperimento delle risorse necessarie e nell'elaborazione di ciò che serve per intercettare e contrastare i segnali del maltrattamento sulle donne. Tanti, troppi i casi che ancora diventano episodi di cronaca nei quotidiani. Per contrastarli serve tuttavia una *liaison* imprescindibile tra formazione, prevenzione, contrasto alla sopraffazione fisica e psicologica. Nessuna misura penale, processuale o amministrativa potrà mai avere piena efficacia se non vi sarà un impegno altrettanto incisivo sul piano dell'educazione.

Per questo, oltre a rafforzare la rete dei centri anti-violenza, la Regione ha ritenuto fondamentale valorizzare l'esperienza dei codici rosa all'interno dei Pronto Soccorso dei nostri ospedali creando anche un centro di riferimento regionale all'interno dell'Ospedale Cardarelli: il Centro Dafne. Abbiamo adottato, infatti, Linee guida, in recepimento delle normative nazionali, che sancissero l'obbligo di garantire alle donne una rete di protezione vera, non solo di tipo sanitario, ma anche per tutto il tempo della durata del processo. Ed è proprio all'interno di questo Centro che si è rafforzata la buona prassi del referto psicologico: prima di affidare le tante donne ai centri anti-violenza, all'autorità giudiziaria, alle forze dell'ordine per la

* Assessora alla Formazione e alle Pari Opportunità della Regione Campania.

messa in sicurezza, le psicologhe responsabili della refertazione psicologica lavorano per arginare lo stato di angoscia e restituendo alle donne consapevolezza sui rischi.

Con orgoglio, se ripenso al percorso che abbiamo fatto in questi anni, penso all'adozione ufficiale di questa refertazione. Lo abbiamo fatto con la delibera numero 47 del gennaio 2020, che ha voluto recepire la refertazione psicologica come documento fondamentale nel processo di assistenza alle donne vittime di violenza. Una innovazione tutta campana che si contraddistingue per essere un approfondimento della condizione della vittima, della gravità della violenza, soprattutto nel caso di violenza psicologica rispetto alla quale i medici non hanno gli strumenti di analisi approfondita e non possono illuminare il contesto costrittivo complessivo. Uno strumento utile per dare valore alla testimonianza della donna in sede di eventuale processo, dove magari già esistono pregiudizi che tendono a screditarne il racconto, soprattutto se la vicenda risale a diverso tempo prima.

Se volgiamo lo sguardo al percorso fatto in questi anni, ritrovo la straordinaria sinergia con il mondo sanitario e del volontariato per la comune battaglia nel contrasto alla violenza di genere. Penso ad esempio all'istituzione di percorsi formativi utili a rafforzare la rete a supporto delle vittime: il primo destinato alle Forze dell'ordine grazie alla collaborazione con la scuola regionale di polizia locale; il secondo destinato agli operatori e alle operatrici sociali tramite i centri anti-violenza; il terzo al personale sanitario ospedaliero, ai pediatri e ai medici di base.

C'è bisogno, lo dico da donna prima ancora che da Assessora, di una forte sensibilizzazione verso tutti coloro che si trovano nelle condizioni di dover accogliere le donne vittime di violenza e in taluni casi anche i loro figli. In questo modo non solo avranno più chiavi di lettura per riconoscere possibili casi di violenza, ma sapranno anche dare giuste indicazioni alle donne prima di indirizzarle alle operatrici esperte dei centri anti-violenza. Dall'altro lato riusciremo a formare in maniera più puntuale il personale sanitario del Pronto Soccorso della nostra Regione al fine di rafforzare i percorsi del codice rosa. Vogliamo continuare a essere sempre più vicini alle donne vittime di violenza e ai loro figli, non lasciandole mai più sole nell'affrontare la paura, i pregiudizi di una cultura maschilista e i problemi del quotidiano.

Introduzione

Il contesto sanitario da lungo tempo è in movimento per quanto riguarda l'intervento sugli effetti della violenza sulla salute delle donne. Ricordiamo che fu, nel 1992, l'Associazione dei Medici Americani (AMA - American Medical Association) a scendere in campo con un documento pubblicato sulla rivista "JAMA (Journal of American Medical Association)", che recita il *mea culpa* della categoria contro la propria miopia nell'individuare e diagnosticare i danni della violenza e del maltrattamento sulle donne: "Elementi di prova raccolti nel corso degli ultimi 20 anni indicano che la violenza fisica e sessuale contro le donne è un problema enorme. Gran parte di questa violenza è perpetrata dal partner (Intimate Partner Violence) e avviene all'interno di rapporti presumibilmente protettivi (ad esempio padre-figlia, ecc.). Questa violenza porta con sé, sia a breve che a lungo termine, conseguenze che riguardano il benessere fisico e psicologico delle donne" (AMA, 1992a).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità a partire dal 1996 e alla 49° assemblea dichiara che la violenza contro le donne è un tema prioritario per la salute. E a seguire gli altri interventi sottoelencati.

Queste le principali pronunce dell'OMS a partire dal 2002:

- il rapporto mondiale sulla violenza del 2002, "World Report on Violence and Health" (WHO, 2002a);
- il rapporto su salute e violenza del 2006 "WHO-Europe: Injuries and violence in Europe" (WHO-Europe, 2006);
- il rapporto sugli effetti della violenza dell'OMS nel 2013 "Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence" (WHO, 2013a);
- orientamenti e Linee guida cliniche dell'OMS sempre nel 2013 su "come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne" (WHO, 2013b);

- un manuale rivolto ai manager sanitari per rispondere alla violenza del partner intimo contro le donne (WHO, 2017a).
In questi rapporti l'OMS ha indicato che:
 - a) la violenza è la causa di innesto per una serie di patologie sia fisiche sia psichiche, tra cui stress, ansia e depressione, malattie cardiovascolari, disfunzioni sessuali, ecc.;
 - b) le donne maltrattate ricorrono ai servizi sanitari con una frequenza 4 o 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate e il numero di vittime che si rivolge al Pronto Soccorso è nettamente superiore a quello delle donne che si recano alla polizia, ai consultori, ai servizi sociali e ai servizi messi a disposizione dal volontariato;
 - c) le donne che si rivolgono nell'emergenza ai servizi sanitari, sotto effetto di una condizione traumatica, sono più sensibili a recepire l'aiuto delle istituzioni e a progettare con l'aiuto esterno un modo efficace e immediato di uscita dalla violenza;
 - d) la definizione di percorsi e protocolli da seguire nell'urgenza rende l'azione degli operatori più efficace nel contrasto alla violenza e nell'aiuto alle donne che a essi si rivolgono;
 - e) l'istituzione, nell'organizzazione sanitaria, di servizi centrati sulle donne, ovvero plasmati sulle esigenze e sulle prospettive di salute delle donne, vittime di violenza.

A livello internazionale sono diffuse procedure che tendono a intercettare la violenza e a farla emergere in ogni contesto, sia ospedaliero sia territoriale. Tali procedure si collegano poi con le politiche di prevenzione (Michau *et al.*, 2015).

In Europa come riferimento del rapporto tra contesto sanitario e vittime di violenza abbiamo l'indagine sulla violenza di genere proprio a ridosso della ratifica della convenzione di Istanbul nei singoli Paesi (in Italia è stata ratificata nel giugno 2013) e della sua entrata in vigore nell'agosto del 2014. Il rapporto europeo, in una panoramica del ricorso delle donne ai servizi sanitari, afferma che gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo più incisivo nell'identificazione e nell'indirizzamento delle donne che subiscono violenza (“Healthcare professionals can play an enhanced role in identifying and channelling cases of violence against women”, FRA, 2014a).

Secondo i risultati dell'indagine, i medici e le istituzioni sanitarie sono più spesso contattati da donne che sono vittime di violenza. Perciò esiste un potenziale considerevole per i professionisti della salute per identificare la violenza, informare la polizia, assicurare prove legalmente valide, avviare un percorso di intervento mirato alla fuoriuscita delle vittime dalla violenza. A sostegno di ciò, i risultati dell'indagine

mostrano che l'87% delle donne vorrebbe che i medici indagassero il tema della violenza quando vanno da loro mostrando determinati problemi di salute. Questa scoperta sostiene l'idea che una formazione mirata per i professionisti della salute dovrebbe essere in grado di far identificare i casi di abuso e di potenziale abuso e sviluppare appropriate competenze che possono incoraggiare le donne a parlare.

Rispetto al numero di donne che hanno contattato i servizi sanitari a seguito di violenza, poche donne hanno contattato organizzazioni di sostegno alle vittime o rifugi per le donne come effetto di gravi violenze fisiche o sessuali (4% o meno di vittime) (FRA, 2014b).

Queste cifre corrispondono anche alle percentuali del nostro rapporto nazionale ISTAT del 2014, riportate dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio (novembre 2017), che riguardano i dati dei ricoveri ospedalieri: “Più di una donna su tre, tra le vittime della violenza del partner, ha riportato ferite, lividi, contusioni o altre lesioni (37,6%). Circa il 20 % è stata ricoverata in ospedale a seguito delle ferite riportate. Più di un quinto di coloro che sono state ricoverate ha riportato danni permanenti. Molte meno sono le donne che ricorrono ai centri anti-violenza e che corrispondono alla media europea (circa il 4%)”.

Per questo motivo l'indagine europea conferma che è necessaria una formazione del settore sanitario ma non solo; è poi necessaria per tutti la competenza a lavorare insieme e a fare rete: “sono necessarie risposte coordinate tra i servizi per affrontare e soddisfare efficacemente i bisogni – e i diritti – delle donne vittime di violenza”. E ancora: “Sono stati fatti sforzi considerevoli da parte di Stati membri dell'UE negli ultimi anni, ma i risultati di questa indagine mostrano che molte più esigenze delle vittime sono ancora da soddisfare. E in particolare sono necessarie politiche che integrino i vari servizi e le loro risposte in un approccio globale che preveda insieme: prevenire, proteggere e punire” (FRA, 2014a).

In Italia, sul piano sanitario, già dal 2008 Livia Turco (ministra della Salute dell'epoca) aveva posto l'attenzione sulla creazione di un percorso dedicato alle donne nel settore ospedaliero, ma soprattutto nei Pronto Soccorso, considerati il punto di maggiore accesso istituzionale delle donne vittime di gravi violenze e abusi.

Il Pronto Soccorso, a partire da quella data, è stato investito da un processo di modifica e di sperimentazione di nuove prassi nell'ottica di giungere a far emergere la violenza.

Il Pronto Soccorso, infatti, affronta ogni tipo di emergenza, ma si rende necessario comprendere che dietro ogni tipo di lesioni (fisiche, sessuali o psicologiche) nelle donne si possono nascondere atti di violenza.

L'esperienza regionale campana è stata in questo anticipatoria di altre esperienze a livello nazionale (ad esclusione della clinica Mangiagalli di Milano, che si è occupata inizialmente solo della violenza sessuale e successivamente anche della violenza domestica). Si è iniziato nel 2008 con la formazione istituzionale degli operatori sanitari nel Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo di Napoli e poi in altri ospedali; successivamente si è aperto il primo "percorso rosa" dedicato alle donne vittime di violenza nel 2009, sempre all'Ospedale San Paolo. Nel 2010 è nata la seconda esperienza nazionale di codice/percorso rosa nell'ospedale e nella Provincia di Grosseto. Ma con differenze di approccio: l'esperienza campana era tarata esclusivamente sulle donne vittime di violenza (così come oggi indicato dalle Linee guida nazionali), mentre l'esperienza di Grosseto era tarata su tutte le vittime di violenza senza differenza di sesso.

L'esperienza del percorso rosa è una caratteristica dell'organizzazione sanitaria italiana, altrove non ci sono esperienze rilevanti di un percorso ospedaliero mirato rivolto alle donne vittime di violenza. Sono diffuse a livello internazionale soprattutto (come da noi all'inizio presso la clinica Mangiagalli di Milano) le pratiche ospedaliere per la violenza sessuale, sulle quali è intervenuta anche l'OMS con la diffusione delle Linee guida medico-legali (WHO, 2003). Per il resto sono diffuse linee guida cliniche rivolte ad ogni servizio sanitario sull'identificazione delle vittime di violenza e sui trattamenti medico-psicologici relativi (AMA, 1992b; WHO, 2013b).

Se in Italia a partire dal 2010 ogni Regione, ma anche ogni Provincia, ha aperto esperienze innovative di percorsi di tutela per le donne vittime di violenza, in Campania il percorso rosa si è arricchito di un'ulteriore pratica innovativa, in collaborazione con l'Associazione Salute Donna: un centro di prima accoglienza psicologica, per le donne vittime di violenza, mirato sia a intercettare la violenza psicologica (la così detta violenza invisibile), sia gli effetti psicologici di ogni altro tipo di violenza. In aggiunta, l'intervento psicologico in Pronto soccorso (PS) è stato anche mirato, oltre che all'assistenza, alla produzione di una refertazione psicologica (che si aggiunge a quella medica come sua integrazione).

L'importanza di un servizio psicologico in Pronto Soccorso si deduce dal fatto che il danno fisico non è l'effetto più frequente della violenza di genere (degli uomini sulle donne). Gli effetti più comuni sono quelli psicologici. Molte donne vengono al Pronto Soccorso, ma il legame tra la lesione e la violenza domestica spesso non è riconosciuto e le donne non ricevono una diagnosi e un trattamento adeguati. In più le donne non vanno in Pronto Soccorso se subiscono solo violenze verbali, che spesso, contenendo minacce o propositi omicidiari, nascondono anche maggiori rischi rispetto ad attacchi fisici occasionali.

Oltre 10 anni di una nuova prassi sanitaria centrata sul contrasto alla violenza maschile, denominata “percorso rosa” e sperimentata dal team di psicologi campani, afferenti alle ASL, alle Aziende Ospedaliere e all’Associazione, hanno dimostrato che l’intervento psicologico integrato con l’intervento medico ottiene migliori risultati per la tutela della salute delle donne e per le loro prospettive di uscita dalla violenza.

I passi in Italia del percorso di tutela delle donne vittime di violenza

Nel dicembre 2015 il Governo vara con legge di stabilità numero 208, agli artt. 790/91, l’istituzione del percorso sanitario dedicato alle vittime: “è istituito, nelle aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato ‘Percorso di tutela delle vittime di violenza’, con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (stalking)”.

Nel dicembre 2017, il comitato tecnico presso il Dipartimento Pari Opportunità, insieme alla cabina di regia, ha varato il nuovo piano contro la violenza maschile sulle donne e le Linee guida per il percorso di tutela delle vittime di violenza.

Il nuovo piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020 fa riferimento alla necessità di rendere operativi o implementare i percorsi nei Pronto Soccorso dedicati alle donne che erano stati istituiti della legge di stabilità (208/15, artt. 790-791).

Si legge nel piano strategico nazionale (Asse 4.2 - Protezione e Sostegno): “Priorità 2.5. Rendere operativo il percorso per le donne che hanno subito violenza. Obiettivo delle Linee guida nazionali è fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento *delle conseguenze fisiche e psicologiche* che la violenza maschile produce sulla salute della donna e delle eventuali figlie e figli minori. Il Percorso per le donne che subiscono violenza dovrà garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage e fino all’accompagnamento/orientamento delle stesse, se consenzienti, ai servizi specialistici e generali presenti sul territorio di riferimento, al fine di elaborare un progetto personalizzato di fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita. Infine, come evidenziato dall’OMS (2016), le strutture specialistiche del Sistema Sanitario Nazionale dovranno rafforzare le risposte del sistema sanitario, garantendo uno specifico sostegno alle donne che presentano patologie connesse alla violenza subita”.

Inoltre: “In relazione alla previsione dell’art. 25 della CdI, relativa a ‘Centri di prima assistenza adeguati, facilmente accessibili e in numero sufficiente, per le vittime di stupri e di violenze sessuali’, il Servizio Sa-